TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Dr JACQUES DELAGE

PARIS
G. STEINHEIL, ÉDITEUR
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2
—
1907









TITRES SCIENTIFIQUES

Externe des hôpitaux de Montpellier
1894.

Externe des hôpitaux de Paris
1895.

Externe des hôpitaux de Paris
Médaille de bronze de l'Assistance publique
1899.

Docteur en médecine
1901.

Membre de la Société des Sciences médicales de Montpellier
Membre correspondant de la Société anatomique de Paris
1902.

Admissible aux épreuves du concours d'agrégation de Chirurgie
1904.

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

EXPOSÉ BIBLIOGRAPHIQUE

L'Hystérectomie abdominale supravaginale dans le traitement des lésions annexielles. *Revue de Chirurgie*, t. XXIV, 1901. (En collaboration avec M. le professeur Terrier.)

L'Hystérectomie abdominale dans le traitement des lésions inflammatoires des annexes de l'utérus. *Thèse* de doctorat. Paris, 1901.

Indications de l'hystérectomie abdominale pour annexites. *Presse Médicale*, 21 janvier 1903, n° 6.

L'Hystérectomie abdominale appliquée au traitement des tumeurs solides de l'ovaire. *Bull. de la Société des Sciences Médicales de Montpellier*, avril 1903.

Kyste de l'ovaire à pédicule tordu. *Bull. de la Société des Sciences Médicales de Montpellier*, novembre 1902.

Étude clinique et pathogénique de l'hydrosalpinx. *Archives générales de Médecine*, 1904.

Hydrosalpinx intraligamentaire unilatéral. *La Semaine gynécologique*, avril 1907. (En collaboration avec M. Gaujoux.)

Coexistence d'un fibrome de l'utérus avec un cancer du col et une double salpingite suppurée. *Bull. de la Société Anatomique de Paris*, mai 1901.

Sur la suppuration des fibromes de l'utérus. *Gazette des hôpitaux*, 1907. (En collaboration avec M. E. Gaujoux.)

L'Ostéosarcome du bassin. *La Clinique*, 1907.

Les lipomes du sein et de la région mammaire. *Revue de Chirurgie*, 1904. (En collaboration avec M. Massabuau.)

Sigmoïdite tuberculeuse. *La Clinique*, 1907.

L'Évolution latente du pincement latéral de l'intestin dans les hernies étranglées. *Revue de Chirurgie*, mars 1907.

Tuberculose du testicule gauche et hématocéle. *Archives générales de Médecine*, 1903.

Fracture ancienne du col du fémur non consolidée, avec résorption du col. *Bull. de la Société Anatomique de Paris*, 1901.

Fracture incomplète de l'olécrane et névrose traumatique. *Archives générales de Médecine*, 1903.

Deux cas de suture de l'olécrane. Indications et technique opératoire. *Revue d'orthopédie*, 1904. (En collaboration avec M. J. Abadie.)

EXPOSÉ ANALYTIQUE

L'hystérectomie abdominale supra-vaginale dans le traitement des lésions annexielles. *Revue de Chirurgie*, t. XXIV, 1901. (En collaboration avec M. le professeur TERRIER.)

Mettant à profit son expérience personnelle et une partie des documents que j'avais assemblés en vue d'un travail sur l'hystérectomie, M. le professeur Terrier voulut bien m'admettre à l'honneur de collaborer avec lui pour décrire un procédé d'hystérectomie dont le *modus faciendi* définitif n'était pas encore donné.

Dans ce travail nous avons envisagé successivement :

A) Les soins pré-opératoires ;

B) L'opération ;

C) Les soins post-opératoires.

A. — SOINS PRÉ-OPÉRATOIRES.

Toute malade atteinte d'affection inflammatoire des annexes ne doit être opérée qu'après avoir été soigneusement examinée et soumise au traitement dit médical (repos, injections, lavements chauds) pendant un temps suffisant pour en juger les effets, mais l'on doit procéder à l'opération dès que ce traitement se montre inefficace.

Il peut exister dans l'état général des contre-indications formelles à l'opération, et chez les malades épuisées on n'y procédera qu'après les avoir remontées, ce que permettent les grandes injections répétées de sérum artificiel. On examinera les urines de la malade directement recueillies dans la vessie par la sonde, et la préparation de la malade commencera deux jours avant l'opération par un bain général ; alimentation légère, purgatif léger la veille. Le

ventre et le voisinage des organes génitaux externes seront rasés, puis protégés par un pansement sec aseptique.

La malade transportée dès la veille dans une chambre isolée du pavillon où elle sera opérée n'est plus examinée ; elle y sera endormie au chloroforme, et autant que possible on aura toujours le même chloroformisateur. Le chirurgien aura plus de tranquillité et l'opération n'en ira que mieux. En employant du chloroforme dont la pureté a été vérifiée, on obtient rapidement et sûrement une bonne anesthésie avec des quantités d'anesthésique modérées, même chez les cardiaques, pour lesquelles point n'est besoin de recourir à l'éther.

Ce n'est qu'après anesthésie complète que la malade est transportée sur un plan rigide horizontal sur la table d'opération. Un aide savonne alors les organes génitaux externes et nettoie le vagin au savon, puis donne une grande injection et sèche le vagin. Un autre aide fait le champ opératoire abdominal, et la malade est assujettie sur le plan incliné portatif de Péreire, immédiatement placé en position déclive.

Le chirurgien et ses aides se désinfectent, et pour eux comme pour la malade en n'usant que des moyens de la plus stricte asepsie; il est bon qu'ils ne fassent ni pansements septiques, ni autopsie, ni médecine opératoire

L'opérateur se place à droite de la malade, son premier aide en face de lui; il a à sa droite un second aide. Il prendra autant que possible ses instruments lui même et les aura à sa portée, ainsi que des cuvettes de sérum stérilisé souvent renouvelé et des compresses pour nettoyer ses mains au cours de l'opération.

B. — Opération. Technique.

Ouverture de la cavité abdominale. — Incision sous-ombilicale de 10 à 12 centimètres. Trois à quatre pinces placées sur chaque lèvre de l'incision suffisent à l'hémostaso. Quand la paroi saigne abondamment nous avons noté que l'on est toujours certain de trouver de nombreuses adhérences péritonéales. Après incision de la gaine des droits que l'on écarte, puis ouverture du feuillet postérieur sur une longueur de 4 à 5 centimètres, la graisse souspéritonéale vient faire saillie. Avec deux pinces on attire le péritoine que l'on soulève de façon à former un li transversal exces-

sivement mince sur lequel on incise délicatement au bistouri. Par cette fente on prolonge l'ouverture en haut et en bas aux ciseaux. On borde la plaie avec des compresses, l'on place de chaque côté deux écarteurs et la valve de Doyen dans l'angle inférieur. S'il n'y a pas d'adhérences, on isole immédiatement la masse intestinale en la recouvrant avec trois grandes compresses de toile stérilisée poussées jusqu'aux parois pelviennes. Sur ces compresses qui ne seront retirées qu'à la fin de l'opération, on en dispose de plus petites en gaze stérilisée que l'on peut changer. S'il existe des adhérences de l'épiploon et des anses grêles aux tumeurs annexielles, on les libère et on les cache sous une couche spéciale de compresses.

Libération des adhérences. — 1° *Cas faciles* : Ce sont les cas où l'épiploon n'adhère que peu ou pas aux masses annexielles, où l'intestin retombe tout de suite et de lui-même sur le diaphragme, et où la main peut facilement dégager les collections tubaires et les attirer au dehors.

2° *Cas difficiles* : Ce sont les plus fréquents : quand les lésions sont anciennes et volumineuses, il y a des adhérences de l'épiploon et de l'intestin qu'il faut libérer légèrement, et si l'on est obligé de recourir au bistouri, il faut avoir soin de couper le plus loin possible de la surface de l'intestin de peur de l'ouvrir. Lorsque tout le petit bassin est rempli par l'utérus, les trompes, le rectum et la vessie adhérents les uns aux autres, on trouve généralement un plan de clivage entre le rectum et l'utérus. Généralement, on peut amorcer cette séparation au point où les trompes plongeant dans le cul-de-sac postérieur se perdent dans les adhérences. Une fois la face postérieure de l'utérus libérée, on procède à son extirpation, sans se préoccuper des annexes.

Section des ligaments larges sur les bords de l'utérus. — Tenant l'utérus bien attiré en bas par une pince à traction placée sur le fond, on place sur l'étage supérieur du ligament large droit une pince de Kocher longue, qui le tient dans toute sa longueur ; on en place une seconde un peu en dehors, et on sectionne entre les deux (fig. 1). On agit de même sur le bord gauche de l'utérus, dont tout le corps se trouve ainsi isolé des masses annexielles demeurées sur les flancs de la cavité pelvienne.

Taille du lambeau péritonéal pré-utérin. — On taille avec le bistouri allant de gauche à droite, sur la face antérieure de l'utérus, et en partant du point où se trouve l'extrémité de la trompe fixée au bord gauche de l'utérus, un lambeau péritonéal à

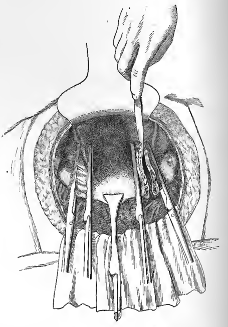


Fig. 1. — Section des ligaments larges sur les bords de l'utérus.

convexité supérieure, l'incision venant s'arrêter au niveau de la pince qui est sur le côté droit.

Recherche et hémostase des utérines. — Le lambeau convexe ainsi obtenu est repéré avec deux pinces de Kocher. En exerçant

une légère traction sur l'utérus ; on voit sur ses bords, au-dessous du point où s'arrêtent les pinces, les artères utérines qui, après avoir formé leur crosse, montent le long de la portion sus-vaginale du col utérin (fig. 2). On place sur elles une pince de Kocher serrée à fond tout contre le col.

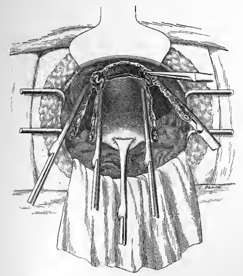


Fig. 2. — Découverte et hémostase des artères utérines.

Section supra-vaginale de l'utérus. — Tenant dans sa main gauche la pince placée sur le fond de l'utérus, et les deux pinces fixées sur ses bords, et par elles l'attirant fortement en bas, tout en imprimant un très léger mouvement de torsion de gauche à droite (fig. 3), l'opérateur sectionne dans ce sens et au-dessus du vagin le col utérin.

Traitement du moignon au thermocautère. — Le moignon ne

saigne pas, on introduit la grosse lame du thermocautère dans la cavité utérine pour détruire les germes microbiens qu'elle renferme.

Ablation des annexes et des poches annexielles. — Une fois

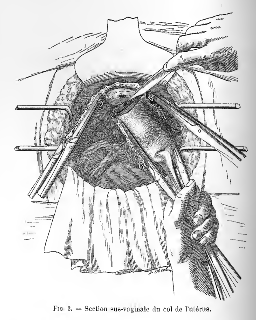


Fig. 3. — Section sus-vaginale du col de l'utérus.

l'utérus enlevé, il ne reste plus que les annexes ; on peut ou non les ponctionner pour en diminuer le volume ; elles ne sont plus retenues que par les ligaments rond et infundibulo-pelviens, que l'on sectionne après les avoir pris dans une pince. Soulevant alors avec la main les annexes, on les attire en les décortiquant de bas en haut, avec une extrême facilité (fig. 4). Le petit bassin se trouve alors absolument libre.

Hémostase. — On la fait d'une façon sûre et rapide, en remplaçant alors par une ligature à la soie les pinces qui de chaque côté ont été placées sur des pédicules vasculaires (fig. 5). Il faut avoir soin de passer les fils avec l'aiguille de Reverdin, dans les tissus voisins de l'artère, pour empêcher le nœud de glisser et la production d'une hémorragie secondaire.

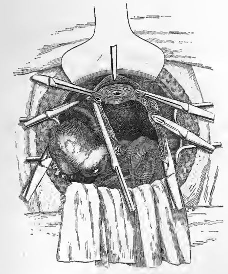


Fig. 4. — Les annexes enlevées à droite sont encore en place à gauche ; il ne reste plus qu'à les enlever.

Suture du moignon utérin. — Après évidement des lèvres antérieure et postérieure du moignon, on les suture avec un gros catgut; trois points y suffisent.

Reconstitution du plancher péritonéal. Drainage. — Il faut avoir soin de recouvrir de péritoine toutes les surfaces cruentées et le moignon; on y arrive en conduisant de gauche à droite un surjet

qui réunit les feuillets antérieur et postérieur des ligaments larges et le lambeau péritonéal pré-utérin au péritoine de la paroi postérieure de l'excavation pelvienne. Dans les cas où les lésions sont telles que l'on n'a plus la quantité de péritoine

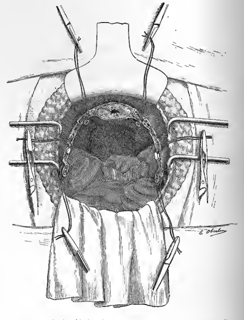


Fig. 5. — Après ablation du corps utérin et des annexes on voit les pédicules vasculaires porteurs de leur ligature.

nécessaire, il faut avoir recours au procédé de Amann de Munich (fig. 6), que nous avons recommandé et qui consiste à utiliser les organes voisins, en suturant les lambeaux de péritoine à leur revêtement séreux. On place dans le cul-de-sac de Douglas un drain qui sort par l'angle inférieur de la plaie.

Suture de la paroi. — On pratique la suture à trois étages, en fermant le péritoine par des fils de soie en U, l'aponévrose anté-

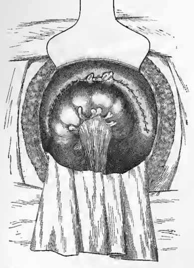


Fig. 6. — Péritonisation complétée à l'aide de l'intestin.

rieure des droits par des points séparés et la peau avec des crins de Florence.

Soins post opératoires.

La malade est reportée dans son lit, et immédiatement et systématiquement on lui fait une injection de 1.000 grammes de sérum artificiel stérilisé contenant 7/1.000 de chlorure de sodium. Elle remonte et soutient la malade, qui est mise à la diète absolue pendant deux jours; ni grog, ni champagne, à peine quelques petits fragments de glace dans la bouche au cas de vomissements. Le pansement est fait chaque jour et l'on procède à l'aspiration

dans le drain, qui est retiré du deuxième au quatrième jour.

Si la malade n'a pas été spontanément à la garde-robe, on lui donne un lavement purgatif le troisième jour, avant de l'alimenter légèrement.

Les fils sont retirés le huitième et le dixième jour, et la malade se lève vers la fin de la troisième semaine.

L'Hystérectomie abdominale dans le traitement des lésions inflammatoires des annexes de l'utérus. *Thèse* de doctorat, Paris, 1901.

Dans ce travail, m'appuyant sur les nombreux cas que j'avais vu opérer pendant trois ans chez mon maître le professeur Terrier, et en utilisant les statistiques de quelques autres chirurgiens, j'ai cherché à faire une étude d'ensemble de l'hystérectomie abdominale dans le traitement des annexites, d'en poser les indications et d'en voir les résultats, à accomplir cette mise au point que Ricard laissait à d'autres le soin de faire quand il s'occupait de l'hystérectomie abdominale pour fibrome au XIIIe Congrès français de Chirurgie.

J'ai d'abord fait avec soin l'historique de cette opération et cité les opinions émises sur elle par

Baldy, — Polk, — Krug, — Kelly, en Amérique;

Bliesner, — Bardenhauer, — Schauta, — Landau, — Dæderlein, — Zweifel, — Everke, — von Rosthorn, — Sænger, en Allemagne;

Jonnesco, en Roumanie;

Terrier, — Delagenière, — Chaput, — Quénu, — Hartmann, — Richelot, — Jean-Louis Faure, — Ricard, — Villar, — Tedenat, — Forgue, en France.

Je considère ensuite l'anatomie des vaisseaux de l'utérus et de ses annexes au point de vue chirurgical.

Quelle que soit la nature de la lésion, l'utérus reçoit toujours ses vaisseaux à droite et à gauche par trois pédicules vasculaires. Deux principaux sont logés dans l'épaisseur du ligament large, au faîte duquel on trouve le pédicule utéro-ovarien, tandis que le pédicule utérin longe la base. L'artère funiculaire du ligament rond forme un troisième pédicule accessoire. Leur trajet est constant; alors même que leur volume est augmenté, il n'y a pas de modifications dans la situation de ces vaisseaux, et il existe

toujours un point où par une seule ligature on peut faire l'hémostase de chacune de ces artères. Donc en ayant placé une pince ou une ligature sur chacun de ces vaisseaux, le chirurgien aura assuré une hémostase définitive pour toute la durée de l'opération.

Indications de l'hystérectomie abdominale.

Je montre que par l'étude des résultats éloignés les chirurgiens, ayant vu les inconvénients qui résultaient de la castration bilatérale dans l'ablation de l'utérus, en étaient arrivés à préférer l'hystérectomie vaginale. Celle-ci avait le mérite de supprimer un utérus infecté ou susceptible de s'infecter par la suite et demeurant dans les deux cas une source de malaises, au point de nécessiter souvent son ablation dans une seconde opération. Les statistiques de Baudron, de Pauchet, ne laissent aucun doute sur la supériorité de l'hystérectomie vaginale au point de vue des résultats éloignés.

Mais l'hystérectomie vaginale n'est pas elle-même une opération à laquelle il n'y ait rien à redire. Nul ne contestera que l'asepsie très certaine du vagin est difficile à obtenir, la voie est étroite pour extirper un utérus souvent friable, et enfin le travail s'accomplit sous le seul contrôle du doigt, loin de la vue, et de nombreux inconvénients, hémostase insuffisante, lésions des organes voisins, extirpation incomplète des parties malades, peuvent en résulter.

Depuis que l'asepsie nous permet de faire avec sécurité la laparotomie, l'hystérectomie par la voie abdominale devait fatalement s'imposer, et les premiers les chirurgiens américains y eurent recours. Elle a sur ses deux aînées de nombreuses supériorités.

Le chirurgien, ayant placé sa malade en position déclive, a sous les yeux le petit bassin et peut en vérifier l'état exact, y accomplir avec sûreté telle manœuvre qu'il voudra. Il peut surtout se trouver à même de contrôler son diagnostic et faire des opérations économiques si elles sont possibles et utiles; après avoir extirpé les parties malades, par la péritonisation il peut reconstituer un plancher pelvien où nulle adhérence douloureuse ne se formera.

L'ablation de l'utérus avec les annexes malades par la voie abdominale est une opération indiquée :

1° Lorsque des efforts préventifs pour la conservation ont échoué;

2° Lorsque l'utérus est entouré de produits inflammatoires, cachés sous des masses d'adhérences, ou sous la vessie et le rectum adhérents l'un à l'autre au-dessus du sommet de l'utérus;

3° Lorsqu'en plus de l'affection qui siège à côté de lui l'utérus est atteint de métrite chronique, ou dans les cas de périmétrite;

4° Lorsque l'affection incurable des trompes et des ovaires est compliquée par un utérus fibromateux ou cancéreux;

5° En général, quand l'ablation des annexes et de l'utérus en masse est plus facile que l'ablation des parties latérales seules et, par conséquent, plus sûre.

Et l'on peut résumer dans les quelques propositions suivantes les avantages de cette opération dont l'énoncé pourrait être considéré comme celui d'autant d'indications :

1° On évite la méprise sur la bilatéralité des lésions;

2° On peut, dans certains cas, pratiquer des opérations conservatrices sur la trompe, tout au moins conserver tout ou partie d'un ovaire;

3° C'est une opération où l'on voit, bien réglée, facile, que l'hémostase préventive permet de faire sans la moindre hémorragie;

4° Tous les organes malades sont enlevés, on pratique un véritable évidement du petit bassin, ce qui assure des résultats éloignés certains;

5° Dans les cas d'appendicite et d'annexite, on peut pratiquer immédiatement l'appendicectomie;

6° On évite la blessure des organes voisins et adhérents aux masses inflammatoires, et dans les cas où l'un de ces organes est intéressé, on voit la blessure que l'on répare immédiatement;

7° La péritonisation évite les occlusions intestinales et le suintement sanguin et la résorption des produits septiques au niveau des surfaces cruentées laissées autrefois à vif, surtout dans l'hystérectomie vaginale;

8° Par la protection soignée à l'aide de compresses, on isole le champ opératoire, l'opération se fait sans chances d'infection de la grande cavité abdominale, et l'intervention est aussi bénigne que possible;

9° Le drainage est aussi facilement établi que dans l'hystérectomie vaginale et même d'une façon plus méthodique;

10° Si les poches purulentes sont en communication avec

la cavité d'un organe voisin (rectum, vessie), cette ouverture peut être réparée définitivement.

TECHNIQUE.

Après avoir étudié les avantages et les indications de l'hystérectomie abdominale je me suis appliqué à réunir tous les procédés qui avaient été préconisés par les différents chirurgiens. Ces procédés étaient épars dans les diverses publications chirurgicales et j'ai cru utile de les grouper. C'est ainsi que j'ai donné la technique minutieusement décrite des opérateurs suivants :

1° *Hystérectomie abdominale totale de Delagenière (du Mans)*;

2° *Hystérectomie abdominale totale de Bardenhauer (de Cologne)*;

3° *Hystérectomie abdominale totale de Thomas Jonnesco (de Bucarest)*;

4° *Hystérectomie abdominale totale de Richelot;*

5° *Hystérectomie abdominale totale d'Hartmann;*

6° *Hystérectomie abdominale totale par hémisection de l'utérus J. L. Faure*;

7° *Hystérectomie abdominale totale supra-vaginale par hémisection de l'utérus de J. L. Faure*;

8° *Hystérectomie abdominale supra-vaginale par incision de gauche à droite de Kelly (de Baltimore) : procédé dit Américain*;

9° *Hystérectomie abdominale supra-vaginale par hémisection de l'utérus de Kelly (de Baltimore)*;

10° *Modification apportée par Segond au procédé Américain pour pratiquer l'hystérectomie totale*;

11° *Hystérectomie abdominale supra-vaginale de Félix Terrier.*

Pour chacun de ces procédés, après avoir décrit la technique je me suis attaché à préciser, à l'aide de documents que m'avaient obligeamment communiqués leurs divers auteurs, les cas où ils étaient plus particulièrement indiqués, dans lesquels ils pouvaient être supérieurs à d'autres et servir le mieux les intérêts de la malade ou faciliter la tâche du chirurgien. Pour chacun d'eux j'ai également envisagé les résultats qu'ils avaient donnés.

A l'occasion de l'étude du procédé du professeur Terrier, étude à laquelle il avait bien voulu m'associer dans un travail précédent, j'ai pu faire quelques remarques générales de technique. J'en indiquerai rapidement quelques-unes.

L'extirpation de l'utérus dans un premier temps a l'avantage de donner beaucoup de jour et surtout de permettre l'ablation des annexes en les libérant *de bas en haut*, et j'ai été des premiers à insister sur la facilité plus grande qu'il y a à procéder ainsi.

L'hystérectomie supra-vaginale peut facilement se transformer en totale, si on le désire, par l'ablation du col consécutive à celle du corps, si supprimer le moignon utérin est jugé nécessaire. L'appendicectomie est un temps qui n'aggrave pas l'opération et ne la prolonge pas d'une manière appréciable, si l'occasion se présente de la pratiquer.

Il est non seulement utile, mais nécessaire de faire aux surfaces cruentées une couverture de péritoine.

Dans les cas suppurés, où l'opération a été longue et pénible, il faut drainer, et d'ailleurs drainer dans tous les cas est une bonne pratique, qui donne de la sécurité pour les suites opératoires. Le drainage abdominal est supérieur au drainage vaginal, et surtout au drainage abdomino-vaginal dont les indications sont tout à fait exceptionnelles.

VALEUR DES DIVERS PROCÉDÉS. LEURS RÉSULTATS ÉLOIGNÉS.

Je termine mon travail par l'étude de la valeur des divers procédés et leurs résultats éloignés. Il est très difficile de résumer ce chapitre, étant donnée la multiplicité des arguments que j'ai dû condenser pour arriver à des conclusions sincères. Cependant de leur ensemble il résulte que je reconnais une supériorité incontestable à tous les procédés qui permettent d'aborder les annexes de bas en haut d'une part, et de l'autre que l'hystérectomie abdominale supra-vaginale, qui a d'ailleurs une léthalité légèrement moindre que la totale (5,1 p. 100 au lieu de 6,3 p. 100), est incomparablement plus rapide à exécuter, plus facile, et que ses suites opératoires sont plus constamment régulières et meilleures.

J'ai déduit ces conclusions de l'étude d'une statistique globale de 601 observations d'hystérectomie abdominale totale de 287 observations d'hystérectomie abdominale supra-vaginale dues à divers chirurgiens européens et américains. L'étude que j'ai faite de tous les cas d'hystérectomie abdominale pour lésions suppurées des annexes faites par mon maître le professeur Félix Terrier, me

permet d'en contrôler la valeur. J'ai eu soin de rechercher et de voir longtemps après leur opération, un grand nombre de malades, ce qui m'a permis de juger exactement, d'après les résultats obtenus, ce qui est la manière la meilleure de juger une opération.

Indications de l'hystérectomie abdominale pour annexites. *La Presse Médicale*, n° 6, Janvier, 1905.

Dans ce travail, j'ai fait l'étude des indications de l'hystérectomie abdominale pour annexites, beaucoup de celles que j'avais posées dans ma thèse s'étant trouvées confirmées par l'expérience, d'autres, nouvelles, étant venues en grossir le nombre.

A l'époque où le chirurgien était moins sûrement qu'aujourd'hui maître de son asepsie et de sa technique, on pouvait discuter les mérites de l'hystérectomie vaginale et de la seule ablation des annexes par la laparotomie.

A l'heure actuelle, l'hystérectomie vaginale ne garde plus qu'une seule indication : dans les cas de salpingite suraiguë, de très grande virulence, avec pelvi-péritonite suppurée, c'est à elle qu'il convient de recourir si la colpotomie n'amène pas la sédation des accidents. Cependant nombre de chirurgiens expérimentés, laparotomistes absolus, pensent qu'il faut, par un traitement approprié, tâcher de traverser ces périodes de crises sans intervenir, pour ne le faire qu'après avoir obtenu le refroidissement complet des lésions. Il est bien rare que l'on ne puisse y parvenir, et, alors même que l'intervention s'opposerait, pourquoi recourir à la voie vaginale qui, supprimant « la bonde », permettra, il est vrai, l'évacuation des produits septiques, mais après laquelle, presque toujours, une seconde intervention sera nécessaire ? Les cas de laparotomie d'urgence pour salpingites rompues donnent des succès (50 pour 100 à Grégoire, assistant de M. Picqué) qui semblent plaider en faveur de la voie abdominale, quelque violents que soient les phénomènes dus à l'évolution des lésions salpingiennes non rompues.

Mais c'est surtout en présence de lésions chroniques que se trouve le chirurgien, ou bien parce que la malade vient à lui après une poussée dont il est d'ordinaire facile d'attendre la dispa-

rition, ou bien parce qu'elle n'attend plus que d'une opération la guérison des lésions chroniques déjà anciennes. J'envisage d'abord les indications de l'hystérectomie abdominale, puis j'étudie qui de l'hystérectomie totale ou de la subtotale doit mériter nos préférences.

A côté des indications qui découlent de la commodité et de la sûreté de l'opération, j'ai montré qu'il en existe qui découlent de l'état de l'utérus et des annexes, de la possibilité de refaire un petit bassin entièrement recouvert de péritoine.

Enfin, après avoir établi ces indications, je recherchais les mérites comparés de l'hystérectomie totale et de la subtotale, et j'arrivais à conclure en faveur de cette dernière. Je dois dire qu'aujourd'hui je ne serais plus aussi affirmatif et tendrais à élargir le cadre des indications de l'hystérectomie totale. Dans tous les cas notamment où l'opérateur prévoit qu'il sera forcé de drainer, je pense qu'il faut pratiquer l'hystérectomie totale, suivie d'un bon drainage vaginal, le drainage abdominal lui étant très inférieur.

Note sur l'hystérectomie abdominale appliquée au traitement des tumeurs solides de l'ovaire. [*Montpellier médical*, t. XVII, 1902.

Dans un cas de laparotomie pour tumeur de l'ovaire, analogue à celui dont je rapporte l'observation, on peut se trouver en présence d'une tumeur si adhérente entre l'utérus et la paroi pelvienne que l'on ne peut arriver ni à trouver un plan de clivage ni à passer la main pour soulever la tumeur. Il y a un bloc unique constitué par l'utérus et la tumeur. Dans ces cas, si la trompe et l'ovaire du côté opposé sont également malades, on se trouve autorisé à pratiquer l'hystérectomie abdominale sus-vaginale qui permettra d'arriver rapidement à terminer l'opération, impossible à faire complète sans cela. Le procédé américain, qui permet d'attaquer la tumeur dans un sens ou dans l'autre, et que l'on commencera du côté le moins malade, est ici d'un précieux secours. Dans ce cas, il permet de mener rapidement l'opération à bonne fin. Cette manière de faire qui a été recommandée par Terrier, Quénu et Forgue mérite d'être plus généralement employée qu'elle n'est à l'heure actuelle.

Kyste de l'ovaire à pédicule tordu. *Bull. de la Société des sciences méd. de Montpellier*, novembre 1902.

Ce travail concerne le cas d'une femme de vingt-six ans, mariée depuis neuf mois et qui avait fait un avortement de trois mois et demi. Quinze jours après cet avortement, elle est prise de violentes douleurs abdominales, à forme syncopale, avec vomissements et ballonnement du ventre. Elle eut ensuite à deux mois d'intervalles deux grandes crises de douleurs pareilles revenant à l'époque de ses règles. Lors de ses dernières règles elle a souffert sans avoir une véritable crise. A l'examen on trouve dans la partie droite de l'abdomen une tumeur de l'ovaire accessible au toucher vaginal, que l'on sent fluctuante, mais que l'on ne peut mobiliser.

L'opération montra qu'il s'agissait d'un kyste de l'ovaire très adhérent à l'épiploon et surmontant le sommet de l'utérus, qu'il coiffe en le débordant.

Le pédicule a subi deux tours de torsion complets et est en voie d'en subir un troisième de gauche à droite. L'ovaire du côté opposé est scléro-kystique. On enlève le kyste et l'ovaire gauche. La malade a parfaitement guéri.

C'est un exemple de torsion de kyste de l'ovaire sous l'influence de la grossesse, dont le mécanisme est encor obscur, la première crise remontant à quelques jours après l'avortement et chaque crise suivante semble correspondre à une augmentation de la torsion.

Étude pathogénique et clinique de l'hydrosalpinx. *Archives générales de médecine*, avril 1904.

Ayant vu opérer beaucoup de cas de lésions annexielles, dans le service de mon maître le professeur Félix Terrier, chez des malades que j'ai eu l'occasion de suivre longtemps avant l'opération, j'ai été frappé des différences de gravité dans les symptômes, et ayant vu beaucoup d'hydrosalpinx, j'ai voulu les étudier d'une façon plus particulière, trouvant l'étude de cette variété de salpingite un peu trop écourtée dans les classiques français.

L'historique montre que bien avant Froriep, auquel on doit le premier mémoire sur ce sujet, Baillie, Voigtel s'en étaient occupés comme depuis Bandl, Beigel, Hennig, Landau, Cornil et Pozzi. Cullen a produit en Amérique un intéressant mémoire. J'ai pu vérifier le bien fondé de certaines de ses considérations, et par l'étude des faits cliniques et grâce à quelques expériences arriver à des considérations intéressantes principalement sur la pathogénie de cette affection.

J'étudie l'hydrosalpinx en adoptant la classification de Cullen :

1° *Hydrosalpinx simple;*

2° *Hydrosalpinx tubæ profluens*:

3° *Hydrosalpinx follicularis*;

4° *Kyste tubo-ovarien.*

Il est le premier à avoir différencié l'hydrosalpinx folliculaire, nous verrons avec quelle juste raison, et j'en ai vu de nombreux cas.

Quant aux kystes tubo-ovariens, en raison de leur physionomie toute spéciale qui en fait des kystes plutôt que des lésions des trompes cliniquement constatables en tant que lésions tubaires, je les laisse de côté. J'étudie d'abord l'aspect général de l'hydrosalpinx à l'ouverture de l'abdomen, dans une série de considérations générales avant d'entrer dans les détails qui permettent de différencier les variétés.

Je considère ses dimensions, son aspect, sa forme comparable à celle d'une anse intestinale quand la trompe est régulièrement dilatée, en sac ou en fourneau de pipe quand elle l'est seulement à son extrémité. Le volume et le poids font que la trompe libre d'adhérence tombe dans le Douglas et entraîne une déviation secondaire de l'utérus, qui se met en rétroversion ou rétroflexion comme l'enseigne Terrier. L'étude des adhérences de la trompe est intéressante, surtout pour celles qui siègent au voisinage de l'ostium abdominal, qu'elles contribuent à fermer.

Les modifications de constitution de la trompe qui se dilate progressivement portent sur toutes les couches de sa paroi. Elle peut arriver à être d'une extrême minceur. J'ai observé des cas où la trompe dilatée avait son épaisseur normale et brusquement en certains points circonscrits présentait des dilatations où la paroi était extrêmement mince, presque transparente. Je n'ai jamais trouvé les plaques osseuses décrites par Rotkitansky. La couche

des fibres musculaires se segmente en rubans isolés, séparés par des cellules de tissu conjonctif, et s'altère presque autant que la muqueuse qui se déplisse et dont les cellules s'aplatissent. Alors même que la muqueuse est conservée, nous avons vu son épithélium altéré dans ses couches superficielles, et parfois jusqu'au stroma.

J'étudie le liquide et sa composition chimique, dont M Bayard a bien voulu me faire des analyses. Je l'ai constamment trouvé stérile et les inoculations n'ont donné aucun résultat.

La fréquence de l'hydrosalpinx me paraît être de 10 p. 100 des cas de collections salpingiennes; quant à la proportion de bilatéralité des lésions, elle est difficile à donner, mais en cherchant à l'étudier, on arrive à cette constatation que l'hydrosalpinx bilatéral est d'ordinaire secondaire à une lésion purulente ou hématique. Enfin c'est à tout âge, mais plus particulièrement à l'époque de l'activité génitale, qu'on voit l'hydrosalpinx.

Puis je passe à l'étude plus particulière des variétés en insistant peu sur celle de l'*hydrosalpinx simple* qui est la véritable forme et la plus fréquente, et, par conséquent, les traits essentiels sont ceux qui ont servi de base à l'étude générale précédente.

L'examen de l'état anatomique de cette forme est intéressant, on voit disparaître peu à peu comme par usure toutes les parties constituantes de la paroi; la séreuse s'appauvrit en vaisseaux, la couche musculaire se segmente et disparaît, l'épithélium perd ses cils, devient cubique, et l'on trouve à son niveau de petits foyers hémorragiques.

L'*hydrosalpinx profluens* est intéressant surtout à cause des décharges de liquide, qui peuvent contribuer à établir le diagnostic. Pour Landau, les parois de la trompe sont hypertrophiées. Cette hypertrophie est rare et ne semble guère admissible, mais il est certain que les parois de la trompe sont encore capables de revenir sur elles-mêmes et que l'épithélium est conservé puisqu'il y a reproduction de sérosité entre deux décharges, et ce sont là des cas favorables au point de vue de la conservation de l'organe.

L'*hydrosalpinx folliculaire* décrit par Cullen, et que l'on rencontre fréquemment, semble être toujours secondaire à une salpingite de même nature, comme Martin et Orth l'admettent, et les lésions de la trompe sont analogues. Ce sont les cas où l'on rencontre le plus fréquemment des adhérences aux organes

voisins. Intérieurement la cavité est constituée par la réunion de plusieurs petites alvéoles communiquant entre elles, ce qui lui donne l'aspect « d'un gâteau de miel ». Au lieu d'être atrophiées, les parois de la trompe sont épaissies et l'épithélium existe, mais très modifié. On trouve dans la lumière un liquide qui renferme de l'épithélium desquamé, des leucocytes polynucléaires. J'y ai vu des granulations graisseuses et des cristaux de cholestérine.

Pathogénie. — Etant donnés les aspects différents sous lesquels se présentent les diverses variétés d'hydrosalpinx, il est permis de supposer que la pathogénie ne doit pas être une. Il est en effet incontestable que l'opinion soutenue par Landau et Pozzi est exacte, qui veut que l'hydrosalpinx soit dû à une transformation lente d'un pyosalpinx en collection séreuse ; c'est là ce que l'on peut appeler l'hydrosalpinx secondaire, par opposition avec l'hydrosalpinx essentiel.

Anatomiquement depuis les recherches de Reymond, l'on sait qu'il est possible de voir se produire la fermeture de l'ostium abdominal, et le conduit tubaire peut facilement se trouver transformé en cavité close par coudure de son trajet au voisinage de la corne utérine. Il peut se produire alors rétention de sérosité avec sécrétion exagérée et anormale de la muqueuse hyperémiée. A l'état normal, la muqueuse sécrète juste la quantité de liquide suffisante pour lubréfier la muqueuse, mais sous l'influence d'une affection de voisinage (utérine ou ovarine), soit à l'époque des règles ou de la grossesse, la quantité peut s'augmenter d'une façon notable et la rétention s'effectuer. Cullen pense qu'une inflammation des trompes par infection trop légère pour causer la suppuration, peut amener l'hydropisie de la trompe. Chez des lapines, une infection expérimentale de la trompe avec des cultures extrêmement atténuées de gonocoques et de staphylocoques dorés m'a toujours donné une infection franchement purulente. Il est plus juste d'admettre qu'en certaines circonstances la quantité de sérosité secrétée se trouve augmentée et retenue dans la cavité tubaire ; ainsi se trouverait expliquée la décharge périodique de l'hydrosalpinx *profluens*. Sur des lapines et des chiennes nous avons pu obtenir la formation d'hydrosalpinx en liant la trompe en deux points différents : il y avait formation kystique séreuse entre les deux ligatures.

Symptômes. — Les symptômes de l'hydrosalpinx sont ceux de toute collection salpingienne d'après le toucher; des modifications de consistance et des sensations au toucher pourraient y faire penser d'une manière plus particulière. Son évolution est moins douloureuse que celles des pyosalpinx et ne s'accompagne pas de fièvre, de frissons et de poussées aiguës. Enfin l'hydrosalpinx serait plus facilement mobilisable que les collections suppurées, avec adhérences nombreuses.

Diagnostic différentiel. — Il se fera avec un fibrome pédiculé tombé dans le Douglas, avec une tumeur kystique ovarienne au début, avec une grossesse tubaire, avec une anse intestinale congestionnée reposant dans le Douglas. Le pronostic n'est pas grave, mais quelques complications peuvent survenir, sa transformation purulente par infection utérine ascendante, ou par passage de microbes des cavités voisines à travers les parois altérées de la trompe. Il est un obstacle à la fécondation dans les cas de bilatéralité et il prédispose à l'avortement (10 fois sur 21). Toutefois la seule complication au point de vue de la vie est la torsion de l'hydrosalpinx et plus encore la torsion aiguë que la torsion lente.

Traitement. — Le traitement de cette affection est un de ceux que l'emploi de la voie abdominale favorise le mieux. *Il peut être conservateur ou radical.*

Il sera toujours conservateur dans les cas de lésions unilatérales, et chaque fois que l'état anatomique de la trompe laisse prévoir son bon fonctionnement, on aura recours à des opérations palliatives qui permettent d'espérer par la suite la fécondation. Au nombre de ces opérations il faut citer la *résection d'une partie de la trompe*, la *salpingostomie suivie de salpingoplastie* qui ont donné de bons résultats entre les mains de Martin, de Pozzi. Le traitement sera au contraire franchement radical lorsque :

1° Les trompes seulement sont malades et les ovaires sains;

2° Les trompes et les ovaires sont malades.

Dans ces cas je conseille de *recourir d'emblée à l'hystérectomie abdominale de préférence sus-vaginale* avec ou sans conservation des ovaires suivant leur état.

Hydrosalpinx intraligamentaire unilatéral. (En collaboration avec M. E. Gaujoux.)

Nous avons au cours d'une opération pour une tumeur qui présentait tous les signes d'une tumeur du ligament large, trouvé un volumineux hydrosalpinx. L'étude anatomo-pathologique de cette tumeur, l'analyse chimique de son contenu nous ont permis de vérifier l'exactitude de descriptions déjà citées par l'un de nous comme typiques, et permettant d'individualiser une variété d'hydrosalpinx d'origine purement séreuse.

Nous avons trouvé dans ce cas la confirmation d'opinions émises dans un travail antérieur au sujet de la pathogénie de ces collections séreuses de la trompe.

Coexistence d'un fibrome de l'utérus avec un cancer du col et une double salpingite suppurée. *Bulletin de la Société anatomique*, mai 1901.

La malade qui fait le sujet de cette observation présentait un cancer de l'utérus, encore limité à la lèvre postérieure sans envahissement du vagin. Au cours de l'opération, qui fut extrêmement pénible, on constata que l'utérus, bloqué dans le pelvis par une double salpingite suppurée, était non seulement atteint de cancer mais encore fibromateux et présentait, notamment à sa face postérieure, un fibrome pédiculé du volume d'une mandarine. La rareté de la réunion de ces trois lésions m'avait engagé à publier cette observation.

Sur la suppuration des fibromes de l'utérus. *Gazette des hôpitaux*, 1907. (En collaboration avec M. Gaujoux.)

Nous avons eu l'occasion de réunir deux observations de myomes utérins suppurés, ayant tous les deux présenté d'intéressantes particularités tant au point de vue de leur évolution que de leurs signes cliniques. Dans un de nos cas particulièrement rares, il s'agissait d'une femme dont l'abdomen était rempli par une volu-

mineuse tumeur, avec ascite abondante. Cette tumeur était un fibrome pédiculé relié à un utérus fibromateux lui-même à développement uniquement pelvien. Or, la suppuration avait frappé non pas l'utérus lui-même, mais la tumeur pédiculée, qui présentait trois foyers, distincts, quoique voisins, de suppuration.

La suppuration des fibromes est un accident excessivement rare de ces tumeurs, et plus rares encore sont les observations du genre de celle que nous rapportons. Elle nous a permis d'étudier ou de vérifier certains points de l'histoire de ces dégénérescences des fibromes.

Ostéosarcomes du bassin. *La Clinique*, 1907.

L'ostéosarcome est une tumeur rare des os du bassin. Deux cas que j'ai pu observer en peu de temps, et dont l'un donna lieu à un essai d'intervention opératoire, font l'objet de ce travail. J'ai surtout cherché à montrer l'influence de la grossesse au point de vue du développement de ces tumeurs, dont les signes cliniques sont parfois trop peu caractéristiques, et pour le diagnostic desquels la radiographie ne nous fut d'aucun secours.

Les lipomes du sein et de la région mammaire. *Revue de Chirurgie*, octobre 1904. (En collaboration avec M. Massabuau.)

Les lipomes sont des plus rares parmi les tumeurs bénignes du sein, malgré sa grande richesse en tissu adipeux, et nous n'avons pu en réunir que treize cas chez la femme et cinq chez l'homme. Nous en avons nous-même observé un cas des plus intéressants avec dégénérescence myxomateuse chez une femme opérée déjà pour un lipome au niveau du même sein, dix ans auparavant, par M. Quénu.

Nous en avons pratiqué l'examen anatomo-pathologique suivant :

a) *Examen macroscopique.* — Le sein, du poids de 1 kil. 700, est à grosses lobulations arrondies, du volume d'une tête d'adulte, s'étalant légèrement sur la face sur laquelle il repose. La tumeur est entourée par une capsule mince qui est adhérente aux lobules et passe de l'un à l'autre, en forme de toile peu tendue.

La coloration est jaune doré ou jaune chamois, donnant l'impression d'un volumineux lipome. La consistance des lobules est assez dure, donnant l'impression d'un tissu scléreux mollasse.

A la coupe, certains de ces lobules ont tout à fait l'apparence d'un lipome pur : tissu jaune doré, brillant, très onctueux, entouré par une capsule, d'où partent quelques travées très fines, mais déprimant la surface et la divisant en lobes irréguliers, puis donnant naissance à de plus fines ramifications qui forment des divisions polygonales accolées les unes à côté des autres, et remplies par du tissu adipeux légèrement saillant. *Le squelette fibreux, quoique presque imperceptible, donne à la masse une consistance assez ferme, mais par une pression plus énergique le tissu s'écrase et se réduit en huile épaisse.* D'autres lobes, et parmi eux les plus volumineux, présentent une surface de section d'un jaune très clair, mastic de vitrier, et une dureté plus grande. La périphérie est entourée d'une capsule très fine, celluleuse, qui envoie des ramifications celluleuses très fines, horizontales, de sorte que la partie périphérique, sur une grande épaisseur, est divisée en plans intriqués comme le bulbe d'un oignon. Toute la masse centrale est homogène, traversée seulement de quelques fentes ou dépressions qui forment une lobulation vague. Le tissu est ferme, fin, légèrement translucide. Il s'écrase et donne de l'huile.

Il est probable que c'est encore du lipome avec une proportion plus grande de tissu fibro-celluleux. Enfin, d'autres lobes volumineux sont bosselés à leur surface, gris et très durs. A la coupe, ils sont formés en partie d'un tissu gris blanchâtre ou rosé, divisé par des travées en nodules très durs, formés d'un tissu très résistant, d'un tissu conjonctif. La lobulation devient moins nette et on a des plaques très larges, formées par du tissu très dur, constitué par une trame conjonctive translucide, brillante, gélatineuse, parcourue par des tissus conjonctifs blanchâtres, qui forment charpente. Ce tissu fibro-muqueux renferme encore des points légèrement jaunâtres, envahis par le tissu fibro-muqueux.

On peut bien voir le mode de formation de ce tissu : toute une partie est formée par de la graisse jaune, un peu infiltrée de liquide gélatineux ; elle est pénétrée à sa périphérie par des fibres conjonctives blanches, très fines, qui forment un réseau à mailles renfermant une substance graisseuse dont la transformation en tissu gélatineux devient de plus en plus considérable. Vers la

périphérie, le tissu conjonctif augmente et on a des nodules limités très durs, dus à la transformation fibreuse de plus en plus considérable. En d'autres points, au contraire, la transformation muqueuse, au lieu d'aller vers la terminaison fibreuse, *va vers la fonte muqueuse* et la constitution de parties translucides de consistance tout à fait gélatineuse.

b) *Examen microscopique*. — Dans les travées conjonctives les plus denses, le tissu esf formé par une trame plus ou moins serrée, creusée de cavités qui renferment des cellules arrondies ou irrégulières, de volume variable. A mesure que l'on va vers les points ramollis qui présentaient macroscopiquement un aspect gélatiniforme, la trame conjonctive devient de plus en plus fine, se raréfie, tandis que les cellules conjonctives augmentées de volume émettent des pointes, puis des prolongements multiples. Elles revêtent ainsi le type des cellules myxomateuses, plus ou moins anastomosées les unes avec les autres et placées dans une substance homogène ou finement granuleuse, et dans du liquide d'œdème. Par endroits, cette lésion aboutit à la disparition totale de toute structure, des espaces parfois considérables étant formés par une substance amorphe, dans laquelle on ne trouve que quelques restes de cellules étoilées ou prolongements fibrillaires. Il s'agit donc d'un fibro-lipome avec transformation muqueuse disséminée.

Suivant les points de la région mammaire où se développent les lipomes, on peut en distinguer diverses variétés, et noter tout d'abord, suivant leurs rapports avec la glande, les deux suivantes :

1° *Des lipomes intraglandulaires*;

2° *Des lipomes extraglandulaires.*

Parmi les seconds on peut différencier :

1° *Des lipomes rétro-mammaires*, développés entre le muscle grand pectoral et la glande, en arrière de celle-ci refoulée en avant;

2° *Des lipomes sous-cutanés*, qui évoluent entre la glande et la peau.

Enfin, *dans quelques cas, il y a coexistence de lipomes intra et extraglandulaires.*

Le *volume* des lipomes est essentiellement variable.

Comme pathogénie, il nous semble logique d'admettre l'opinion de Coyne, pour qui le lipome « se développe aux dépens de

cellules embryonnaires subissant l'évolution définitive qui en fait des cellules adipeuses. Cette transformation a lieu en passant par le stade d'infiltration muqueuse des cellules fermes ». Dans notre observation, le fait de dégénérescence myxomateuse nous semble venir à l'appui de la théorie embryonnaire, et ce cas, où au centre de la tumeur on a trouvé un os (cas de Höper), paraît également propre à l'appuyer.

L'absence de troubles de la sensibilité permet de rejeter l'origine névropathique de l'affection.

On rencontre différentes variétés de lipomes du sein, le *lipome sous-cutané*, encapsulé, qui évolue comme toutes les autres, sans altération des téguments, sans douleur, sans circulation collatérale ni ganglions axillaires.

Le *lipome rétro-mammaire* présente les mêmes caractères d'indolence, de consistance que les lipomes sous-cutanés; seulement, après avoir pris naissance sous la glande, en avant du muscle grand pectoral, sur l'aponévrose ou encore entre les fibres de ce muscle, il se développe en repoussant la glande en avant; il peut la déborder à droite ou à gauche, plus souvent il passe au-dessous, et ce sont les lipomes de cette variété qui arrivent aux plus grosses dimensions.

Dans ces cas, la tumeur a une consistance plus particulièrement ferme, provenant de ce qu'il y a alors plus souvent coexistence de tissus fibreux et de tissus lipomateux.

Le lipome, au lieu d'être aussi nettement encapsulé et circonscrit, peut être plus étendu, moins limité : ce sont des cas de *lipome diffus*.

Le *lipome diffus* a quelques caractères différentiels. Au lieu d'une masse nettement isolable, la palpation permet de sentir une série de tuméfactions à contours mal définis; on a une sensation de gâteau étalé, difficile à délimiter, de consistance molle, dépressible. En dehors de ces caractères, le lipome diffus est en tout semblable aux précédentes variétés.

Le *lipome intra-glandulaire* est une variété excessivement rare: nous ne connaissons comme observation bien nette que celle de Begouin, disent tous les auteurs; mais l'une des observations d'Astley Cooper en est un des plus beaux exemples, puisque l'on constatait nettement, dit-il, « que la tumeur est formée par des paquets graisseux intraglandulaires ramifiés, qu'une dissection

très simple isole et que l'on attire hors des cavités qui lui servent de réceptacle. » C'est la meilleure des descriptions qui se puisse donner de cette forme.

Chez l'homme, le lipome du sein se présente avec les mêmes caractères que chez la femme, mais il est, à cause du volume du sein, permis de les constater presque dès le début et d'en faire le diagnostic au sujet duquel Velpeau a dit qu'on aurait tort de croire que l'hypertrophie adipeuse puisse être confondue avec le lipome, que le lipome ne soit qu'une variété, une nuance de l'hypertrophie graisseuse du sein; assez rares pour n'avoir pas été mentionnés jusqu'ici, ils offrent cependant un intérêt assez grand au point de vue clinique, attendu que leur diagnostic est parfois fort difficile.

Ce diagnostic est facile à faire avec les tumeurs analogues, il est très délicat quand on hésite entre le lipome et une tumeur bénigne comme la mastite chronique interstitielle. Il faudra différencier le lipome de l'hypertrophie graisseuse, et nous avons indiqué les moyens de ne pas le confondre avec les lésions tuberculeuses, les abcès chroniques, les tumeurs adénoïdes, les kystes : la ponction exploratrice est un moyen excellent, et que l'on ne doit jamais négliger. Reconnaître cette tumeur bénigne est utile, surtout dans les cas où la tumeur, par son volume, nécessite une intervention.

Cette intervention pour lipome du sein que sera-t-elle?

Il convient d'envisager deux hypothèses : ou bien la tumeur est unique, ou bien il existe plusieurs tumeurs, ou une seule tumeur déforme le sein d'une façon considérable.

a) *La tumeur est unique.* — En aucun cas, et alors même que l'on pourrait invoquer une diathèse lipomateuse et craindre pour plus tard l'apparition d'une autre tumeur dans le sein, comme chez notre malade, il ne sera question d'enlever la mamelle en totalité.

Si la tumeur est sous cutanée ou intraglandulaire, une incision faite à son niveau conduira directement sur elle et permettra son ablation facile, comme l'est celle de tout lipome. Par une suture intradermique que nous recommandons, on réparera l'incision sans laisser aucune cicatrice, ce dont bien des femmes seront reconnaissantes à leur opérateur. C'est une opération que l'on peut faire facilement à l'aide de la cocaïne. La suture intradermique permettra de ne pas employer pour les tumeurs superfi-

cielles une technique qui sera au contraire tout à fait de circonstance dans les cas de tumeur rétro-mammaire.

Nous voulons parler de cette technique préconisée récemment par Rénon et Quénu dans le traitement des kystes du sein, et qu'a employée déjà Kocher.

Une incision suivant la circonférence inférieure du sein soulevé permet le relèvement de tout l'organe, et l'ablation commode des kystes, nous dit Rénon ; à plus forte raison, un lipome sera-t-il facilement isolé et enlevé par un tel procédé, simple et ne laissant point de traces apparentes.

b) *Les tumeurs sont multiples ou une tumeur déforme complètement le sein.* — Ici nous avons en vue les cas où le sein bourré de lipome, comme dans notre cas, est absolument déformé et a acquis un volume une ou deux fois plus considérable qu'à l'état normal ; ou ces cas analogues à ceux de Velpeau, d'Astley Cooper, de Billroth, où le sein arrive à peser 10 et 15 kilogrammes. Ici l'ablation complète du sein s'impose, soit à cause du volume de la tumeur, soit à cause de l'impossibilité où l'on se trouve de tenter l'énucléation de toutes les tumeurs, attaquées séparément par autant d'incisions qu'il y a de lipomes. Cette extirpation du sein en masse se fera absolument avec la même technique que l'extirpation pour néoplasme, sans toutefois faire le curage de l'aisselle et en tentant de garder, si possible, une partie de la glande qui conservera sous les vêtements l'apparence du sein. Les femmes se privent si mal de cette partie de leurs appas, que l'on trouve dans la littérature médicale le cas d'un chirurgien viennois qui, ayant opéré pour un néoplasme du sein une jeune actrice, voulut que cette opération ne puisse nuire à l'apparence de sa beauté, et greffa sous la partie de peau du sein qu'il put conserver, un lipome que cette jeune personne portait à la cuisse. La transplantation réussit pour la plus grande satisfaction du chirurgien et de son opérée, et c'est là un cas de lipome du sein qu'il ne fut jamais question d'opérer.

Un cas de sigmoïdite tuberculeuse. *La Clinique*, 1907.

La localisation de la tuberculose en un point isolé du gros intestin est bien connue au niveau du cæcum, et chacun des seg-

menls de cette portion du tube digestif peut être le siège d'une tumeur inflammatoire bacillaire. Cependant c'est une localisation des plus rares, on n'en connaissait que sept cas au niveau de l'S iliaque. J'en rapporte un huitième cas, diagnostiqué, opéré et guéri par mon maître, M. le professeur Forgue. Du type purement inflammatoire, cette néoplasie tuberculeuse de l'S iliaque, sans lésions ulcéreuses, semble propre à faire admettre à l'origine de son développement, l'influence des toxines sécrétées par le bacille tuberculeux, opinion déjà émise par Poncet, de Lyon, et défendue par ses élèves.

L'évolution latente du pincement latéral de l'intestin dans les hernies étranglées. *Revue de Chirurgie*, **mars 1907.**

Ayant eu l'occasion de suivre un malade chez lequel le pincement de l'intestin s'était effectué sans symptômes apparents, j'ai cherché à donner de cette forme une étude complète, car elle n'est pas signalée par les auteurs qui se sont occupés du pincement latéral des hernies, avant la communication de M. Schwartz, à la Société de Chirurgie. Je n'ai pu en réunir que neuf observations. J'ai surtout constaté la difficulté et l'obscurité qui entourent le diagnostic de cette forme du pincement, déjà mal commode à reconnaître lui-même quand il se présente sous son aspect le plus complet. Pour arriver à ce diagnostic, j'ai jugé utile de diviser les cas *suivant qu'il n'y a pas de hernie ou de tumeur antérieurement existante dans une région herniaire; suivant que cette condition est remplie.*

a) *Il n'y a pas de hernie ou de tumeur antérieurement existante.* — S'il n'y a jamais eu de tumeur ou de tuméfaction antérieure et que l'évolution de la lésion se fasse naturellement jusqu'au sphacèle et à la perforation de la portion pincée, il en résultera un phlegmon pyo-stercoral (obs. première de Bérard), dont la marche parfois lente offre tous les symptômes d'un *abcès circonscrit*, qui pourra être différencié, en recherchant avec soin toutes les causes capables d'amener une infection localisée dans les régions crurale et du pli de l'aine. Il faudra éliminer, chose assez facile, le *bubon suppuré à marche torpide du pli de l'aine*, ou l'*adénite subaiguë des ganglions cruraux*; l'erreur a été faite.

Il est une affection, assez fréquente et pouvant parfaitement dans son évolution prêter à confusion, d'ailleurs d'interprétation délicate, *c'est la hernie de l'appendice*.

Nous savons que l'appendice contenu dans un sac, parfois de très petit volume, peut y subir une irritation suffisante pour provoquer une appendicite herniaire, avec formation possible d'abcès à la région inguinale ou crurale, abcès empruntant à la hernie autant qu'au phelgmon des symptômes suffisants pour légitimer l'intervention. J'ai retrouvé dans le mémoire de Vires une observation de soi-disant pincement latéral, due à Delaharpe, et qui me paraît un exemple typique de cette lésion, mal connue alors, et que Delaharpe rapporte ainsi : « J'avais pratiqué avec succès l'herniotomie dans une petite hernie crurale incarcérée, *qui ne révélait sa présence par aucun signe physique*, parce qu'elle était recouverte par un large phlegmon ; après avoir fendu et traversé le phlegmon, j'arrivai sur le sac, je débridai, et je réduisis un fragment du cæcum accompagné de son appendice. »

Il faut penser à l'actinomycose, à cause des allures torpides qu'elle peut prendre.

b) *Il existe antérieurement une tumeur*. — S'il y a une tumeur déjà connue, il est plus facile de serrer de près le diagnostic ; et l'on s'attachera tout d'abord à vérifier si, au lieu d'une hernie, il n'y a pas inflammation pure et simple d'un ganglion, l'*inflammation du ganglion de Cloquet* pouvant à ce point de vue occasionner une méprise. Une observation attentive, s'il existe des varices, permettra de ne pas établir de confusion avec *une grosse dilatation ampullaire de la veine saphène* à son embouchure. Enfin, si des phénomènes d'*inflammation d'un testicule en ectopie* peuvent simuler un pincement latéral latent, la vérification de la présence ou de l'absence du testicule dans les bourses ne tardera pas à lever toute hésitation.

Alors que, par élimination ou par la constatation de ses symptômes propres, par les dires du sujet ou de son entourage, on aura la certitude qu'une hernie existe, les causes d'erreur dans le diagnostic seront encore bien plus réduites. Si l'on sait qu'une hernie existe, l'on pourra penser à l'étranglement soit *d'un diverticule préexistant* dans un sac herniaire, ou encore *à un étranglement de l'appendice*, étranglements incomplets, qui présentent des symptômes spéciaux naturellement moins aigus que ceux de l'intestin

lui-même, qu'Auguste Broca nous engage à rechercher. Si la hernie a été méconnue du malade, les symptômes de douleurs très fugaces et même, dirons-nous, surtout un vague endolorissement, une constipation prolongée sans vomissements, des signes d'irréductibilité d'une hernie qui n'a point encore fait parler d'elle, devront mettre en éveil la méfiance du clinicien. La *tuberculose herniaire* peut prendre les allures d'un étranglement partiel dont le diagnostic est un peu moins délicat; nous savons cependant qu'elle est capable de donner le change.

Le traitement de ces formes est intéressant. Lorsque après avoir levé l'étranglement, on trouve la zone incarcérée absolument et indéniablement saine, il faut pratiquer la cure radicale, après réduction de l'intestin. Sinon je crois que l'on peut envisager des indications opératoires différentes dans les trois éventualités suivantes :

1° Il y a une ou plusieurs petites perforations, bien limitées de l'anse herniée;

2° La partie pincée est détruite sur une étendue appréciable;

3° La partie pincée est soupçonnée atteinte de gangrène ou de perforation.

a) *Dans le premier cas* je pense qu'il n'y a qu'à faire une suture en bourse ou à fermer la perforation par quelques points de suture à la Lembert.

b) *La partie pincée est détruite sur une étendue appréciable.* — Il est des cas où la suture latérale est impossible, et la lésion se présente sous des aspects différents qui ne permettent pas une même conduite opératoire. Si la portion d'anse incarcérée est assez considérable pour compromettre la vitalité de toute l'anse, ou si la perforation siège trop près du bord mésentérique, il ne faut point songer à une réparation partielle qui réduirait par trop le calibre de l'intestin, exposerait à un rétrécissement ou à une nécrose secondaire; il faut agir comme si l'on se trouvait en présence du sphacèle d'une anse entière et pratiquer l'entérectomie, sur laquelle nous n'avons rien de particulier à dire.

Il est des cas où, tout en constatant une brèche assez étendue, irrégulière, on pourra, sans recourir à l'entérectomie, la fermer par un petit artifice, qui est à recommander également dans les cas où l'intestin a été pincé non pas suivant son bord libre, mais obliquement sur une de ses faces. Suturer simplement une plaie

pareille serait s'exposer à rétrécir avec excès la lumière de l'intestin; pour l'éviter, il convient de se porter en zone saine et d'exciser la partie sphacélée en suivant un tracé losangique; on réunira les bords de la nouvelle plaie artificiellement agrandie perpendiculairement au grand axe de l'intestin. C'est faire ici l'application de ce procédé qu'Hartmann, dans sa chirurgie gastro-intestinale, recommande pour les plaies traumatiques irrégulières de l'intestin; ainsi qu'il le fait excellemment remarquer, on évitera la sténose intestinale consécutive, élargissant le calibre de l'intestin par un procédé analogue à celui que l'on applique par la pyloroplastie aux rétrécissements du pylore.

c) *La partie pincée est soupçonnée atteinte de gangrène ou la perforation paraît imminente.* — Je n'ai rien à rappeler ici sur la coloration et l'aspect de la paroi intestinale incarcérée depuis longtemps dans un étranglement. Nous savons comment le reconnaître; mais j'insiste seulement sur ce fait que le phacèle se produit avec une rapidité plus grande encore dans un pincement partiel que dans l'étranglement d'une anse en totalité. Il faut alors encore plus de prudence, et se garder de réduire dans le ventre, même lorsque la coloration paraîtra à peine différente de la normale.

Que faire alors? Faut-il se comporter comme si la perforation existait? Supprimer la portion d'intestin suspecte comme si elle était complètement sphacélée? Favoriser l'établissement d'un anus contre nature, laisser l'anse fixée au dehors, ou pratiquer la résection suivie de suture?

Il est une manière de procéder plus simple. Retenant comme excellent le conseil de considérer toute lésion trop suspecte comme une perforation réalisée, je conseillerai, non pas l'excision suivie de suture, mais tout simplement l'*enfouissement de la zone malade*, facile à réaliser de la manière suivante.

Avec une sonde cannelée appuyée dans le sens du plus grand axe de la zone de mortification, on exerce une légère dépression qui provoque le rapprochement des bords latéraux, et crée ainsi une sorte de sillon, dont on rapproche les bords par un surjet à la soie très fine à points séreux. Ce premier surjet suffit en général à l'enfouissement, en rapprochant deux zones de tissus sains au-dessus de la sonde cannelée retirée au fur et à mesure que l'on poursuit le surjet. Au besoin un second surjet peut être

pratiqué toujours à points séro-séreux par-dessus le premier, en général très suffisant, pour cacher toute la partie sphacélée, et cela sans rétrécissement appréciable de la lumière de l'intestin. J'ai vu pratiquer cet enfouissement par mon maître M. le professeur Forgue, dans un cas de hernie crurale étranglée où avant l'intervention il avait pensé à un pincement latéral, diagnostic qui fut confirmé au cours de l'opération : doutant de la vitalité de la zone pincée, on appliqua avec un plein succès cette technique. Si la portion de l'anse est très limitée, au lieu d'un surjet l'enfouissement sera très facilement obtenu par une simple suture en bourse.

Tuberculose du testicule gauche et hématocèle. *Archives générales de Médecine*, 1903.

Je rapporte l'observation d'un malade que j'eus l'occasion d'opérer à l'hôpital, où il était entré pour une tumeur de la vaginale ayant toutes les apparences d'une hydrocèle, accompagnée d'un assez volumineux kyste du cordon. La lésion évoluait lentement depuis bien longtemps. La présence de quelques traces de lésions tuberculeuses de la prostate permettait d'émettre des réserves sur la nature de cette hydrocèle. J'opérais cet homme de son hydrocèle uniquement et n'enlevais pas le testicule, qui ainsi que l'épididyme présentait des lésions tuberculeuses, parce que le malade consulté avant l'opération avait refusé toute intervention du côté de la glande, si on la jugeait nécessaire. La poche contenait du liquide jaune foncé, sa paroi présentait un aspect particulier; elle était épaisse d'un centimètre et demi et extrêmement dure.

Le malade a parfaitement guéri. Son observation est intéressante par le fait de cette évolution lente de la tuberculose du testicule, sous le couvert d'une volumineuse hydrocèle, avec production de pachyvaginalité plastique. Enfin, en recherchant la translucidité on la trouvait non seulement malgré l'épaisseur de cette paroi, mais encore on ne pouvait trouver l'ombre portée du testicule, ce qui pouvait induire en erreur au point de vue du diagnostic. Cette particularité de dioptrique a été déjà notée par Orhond et Tedenat, niée par Duplay, ce cas en est démonstratif.

Fracture du col du fémur ancienne, non consolidée, avec résorption complète du col. *Bulletins de la Société anatomique*, avril 1901.

Il s'agit d'une pièce de fracture du col du fémur non consolidée. La dissection de l'articulation de la hanche me permit de constater que les deux tiers de la tête restaient seuls au fond de la cavité cotyloïde, et que toute la portion intermédiaire du col jusqu'à la diaphyse avait disparu sans laisser de trace, alors que généralement quand il y a résorption d'une partie osseuse, elle porte plutôt sur la tête.

Fracture incomplète de l'olécrane et névrose traumatique. *Archives générales de Médecine*, 1903.

J'ai eu l'occasion de constater une lésion du coude s'accompagnant de troubles nerveux considérables. Il s'agit d'un officier vigoureux bien musclé qui, au cours d'un exercice d'équitation, reçut au niveau du coude en flexion un choc violent qui ne détermina qu'une simple fissure de l'olécrane. L'examen clinique et la radiographie pratiquée de front et de profil permirent de constater une encoche transversale à la surface de l'olécrane et de voir que la fissure n'atteignait pas la surface articulaire. Or, chez ce sujet, qui ne présentait aucun stigmate d'hystérie, apparurent immédiatement des troubles nerveux notables : impotence absolue du membre contusionné, et anesthésie complète en manchette remontant jusqu'au milieu du bras. Le malade aurait eu antérieurement des troubles nerveux de la jambe; il eut par la suite, à la suite d'une petite contusion du poignet, de nouveaux troubles nerveux analogues, et dans ce cas la névrose traumatique a plus gêné le malade que sa lésion osseuse, vite réparée.

Deux cas de suture de l'olécrane. Indications et technique opératoire. *Revue d'orthopédie*, **1904.** **(En collaboration avec M. J. Abadie.)**

Les deux observations qui sont le point de départ de ce travail

sont relatives l'une à une fracture récente, l'autre à une fracture fermée, opérées par notre maître le professeur Forgue, et toutes deux accompagnées du contrôle de la radiographie.

La première observation est celle d'un jeune lycéen dont l'olécrane fut suturé le lendemain de l'accident; un seul fil d'argent y suffit, le résultat immédiat fut parfait, et dix ans après le malade n'a jamais à se rappeler son accident; sur la radiographie, on chercherait en vain à retrouver l'ancien trait de fracture.

Plus intéressante encore est la seconde observation, d'un employé de chemin de fer, qui, glissant sur la voie, tombe sur le côté gauche, l'avant-bras gauche, fléchi à angle droit, portant directement sur le rail vers sa portion moyenne, sans que le coude supporte lui-même le choc, fait sur lequel le blessé est très affirmatif. Les mouvements de flexion de l'avant-bras sur le bras sont conservés intacts; de même ceux de pronation et de supination. Seule l'extension de l'avant-bras ne peut être obtenue de façon complète, et ne dépasse pas un angle obtus de 160 degrés. Il s'agit d'une fracture ancienne de l'olécrane confirmée par la radiographie, avec division du fragment supérieur en deux parties égales, L'existence de ce second trait de fracture tend à rendre probable l'hypothèse de fracture directe plutôt que celle de fracture par contraction musculaire à laquelle on aurait pu penser d'après le récit de l'accident par le malade. On suture les deux fragments supérieurs à la base de l'olécrane par deux fils d'argent, sans les unir entre eux. A partir du dixième jour, comme dans le cas précédent, on fait du massage et de la mobilisation; la radiographie montre par la suite l'excellence de la coaptation des fragments.

L'emploi de la suture osseuse pratiquée pour une fracture récente, marque combien s'est étendu le domaine de ses indications depuis sa première mise à l'essai. Nous avons, faisant l'historique de la question, vu que Lister proposa la suture pour une fracture ancienne. Ainsi firent :

Cameron, Smith, Rose, Mac Cormac, en Angleterre;

Ffeit Scheider, Langenbeck, Trendelenburg, en Allemagne;

Lucas-Championnière, Pozzi, Vercoustre, Berger, en France;

Pour ne citer que quelques-uns des auteurs dont nous avons relevé les noms.

Dans les cas de fractures traitées par les méthodes non sanglantes, la connaissance précise des conditions anatomiques de la fracture permet d'établir et d'expliquer que la consolidation se fait par l'intermédiaire d'un cal fibreux.

La non-consolidation reconnaît pour cause :

1° La contraction musculaire, attirant en haut le fragment supérieur de l'olécrane;

2° La bascule du fragment supérieur, dont la surface fracturée tend à se renverser en arrière;

3° L'enclavement possible de l'humérus entre les fragments, par contraction du biceps et du brachial antérieur dans les cas de grand écartement;

4° L'épanchement articulaire;

5° L'interposition fibreuse (Mac Ewen).

Donc, non seulement il n'y a pas consolidation osseuse, mais dans l'avenir plusieurs complications sont à craindre, source de difficultés nouvelles pour tout essai de thérapeutique tardive :

1° Le fragment olécranien peut avoir contracté dans sa nouvelle position des adhérences résistantes;

2° Le col fibreux peut s'allonger, se rompre (Astley-Cooper, Dupuytren);

3° Surtout, il y a atrophie considérable du biceps;

4° L'ankylose, par arthrite ou immobilisation prolongée.

Indications thérapeutiques.

Les indications thérapeutiques sont faciles à mettre en relief, et il est possible de choisir la meilleure méthode pour les remplir.

A. *Fracture récente.* a) *Simple.* — Deux résultats doivent être recherchés : la restitution fonctionnelle, que le massage est susceptible de donner; la réfection anatomique de la continuité osseuse que seule peut donner la suture.

Dans les deux cas, l'existence de l'épanchement et l'atrophie du triceps commandent d'immobiliser aussi peu que possible ou pas, et de masser.

Ne pas immobiliser et masser peuvent donc donner un résultat, mais qui sera toujours inférieur à la suture, que peut se permettre tout chirurgien sûr de son asepsie.

b) *Fracture compliquée, fracture ouverte.* — Ici la supériorité de la suture osseuse qui semble s'imposer ne fait aucun doute; on n'a qu'à profiter de la plaie déjà existante, que l'on aura soin de nettoyer, d'aseptiser, et dans laquelle on laissera un drain.

B. *Fracture ancienne.* — Il faut faire disparaître le cal fibreux, rapprocher les fragments, provoquer une nouvelle consolidation osseuse, rétablir l'activité fonctionnelle des muscles. Faut-il ici discuter longuement pour établir la supériorité de la suture osseuse?

Technique opératoire.

On doit opérer le plus vite possible, pour éviter l'atrophie du triceps, la rétraction musculaire et tendineuse et les lésions qui

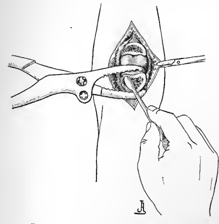


Fig. 1. — Avivement à la curette des surfaces osseuses.

sont le fait de l'hémarthrose; et il nous semble banal de redire la nécessité d'une asepsie certaine, qui doit être ici aussi rigoureuse que pour une laparotomie.

Il vaut mieux employer l'anesthésie générale au chloroforme que l'anesthésie locale, étant donnés les mouvements que l'on peut

avoir besoin d'imprimer aux os, et pour pouvoir procéder à l'avivement des surfaces osseuses (fig. 1).

I. *Avivement des surfaces osseuses et perforation des fragments.* — a) *Suture avec deux fils parallèles*, qui constituent suivant l'expression de Championnière « deux atelles parallèles ». Il y aura à perforer quatre trous se correspondant deux à deux, qui tous auront ce caractère commun de partir de la surface postérieure

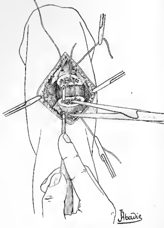


Fig. 2. — Passage des fils dans les fragments.

des fragments à un centimètre et demi environ, de part et d'autre du trait de fracture, pour ressortir par un trajet oblique au niveau de la surface de fracture à 1 ou 2 millimètres en arrière du cartilage, c'est-à-dire en restant absolument extra-articulaire (fig. 2).

A mesure qu'on perfore, en retirant le foret, on passe le fil engagé dans le chas avec son mouvement de recul; on perforera donc, d'abord le fragment inférieur de deux trous, où l'on engagera séparément deux fils; puis, en perforant le second fragment, on fera successivement passer ces deux fils dans les trajets correspondants.

b) L'on passera *encore deux fils selon le même procédé si l'on se trouve en face d'un fragment supérieur séparé en deux parties par un trait vertical*; chaque partie sera perforée isolément; les deux fils sont suffisants et point n'est besoin d'un mode de coaptation spécial des deux fragments supérieurs.

c) *S'agit-il d'un seul fil en anse transversale*, les deux fragments sont perforés de part en part, de dehors en dedans. Un fil unique les traverse (fig. 3) : ses deux chefs sortent sur le côté interne.



Fig. 3. — Suture par un seul fil en anse transversale.

Cette disposition convient spécialement aux cas de trait de fracture vertical concomitant.

II. Pour rapprocher les fragments, les coapter et tendre les fils, le bras est mis par un aide en extension.

a) A ce moment, chacune des extrémités des deux fils étant prise dans une pince forte, le chirurgien et son assistant prennent chacun les deux pinces d'un fil, croisant les chefs, et, *simultanément*, en exerçant un effort de traction vigoureuse, tordent le fil en plusieurs tours (fig. 4).

b) S'il s'agit d'une seule anse, les deux chefs sont énergiquement tirés et tordus sur le côté interne. Cette traction qui a pour but de

tendre le fil est, d'ailleurs, assez difficile et la coaptation moins aisée, malgré la souplesse et la malléabilité du fil d'argent.

Il n est pas indispensable de faire un surjet comprenant toutes les parties fibreuses de revêtement avant de saturer la peau.

B. *Suture osseuse dans les fractures anciennes.* — L'intervention

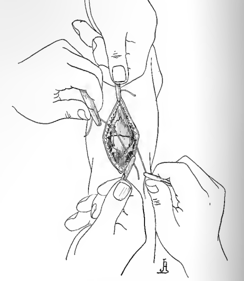


Fig. 4. — Fixation des fils.

est ici plus difficile. Nous avons vu pourquoi en étudiant les indications.

I. L'incision aura une longueur déterminée par l'écartement des fragments.

II. La résection des parties fibreuses est ici capitale : il faut enlever tout le cal fibreux en le sectionnant au ras des surfaces osseuses.

III. Mais cela ne suffit pas pour la mise au net des surfaces de fracture, parfois même la curette est inefficace, et l'on doit réséquer une mince couche osseuse pour obtenir une surface nette et apte à fournir une bonne soudure.

IV. Comme pour les fractures récentes.

V. Il faut ici un effort de traction très énergique; dans certains cas, on peut et doit faire une série de sections transversales incomplètes et alternes qui permettent un allongement du tendon tricipital.

VI. Comme pour les fractures récentes.

Enfin, il y a lieu de citer le procédé de cerclage que le professeur Berger a préconisé pour l'olécrane comme pour la rotule et qui peut donner de très parfaits résulats.

Soins post-opératoires.

Les soins post-opératoires sont très importants : nous recommandons d'immobiliser huit ou dix jours au plus, puis de masser et de faire des mouvements de mobilisation précoce progressive jusqu'à flexion complète; quant aux fils, il faut les laisser à demeure.

Nous pensons être arrivés à démontrer que cette opération, en somme simple et pratique, donne des résultats supérieurs aux anciens procédés, et qu'elle est à l'heure actuelle la méthode idéale en principe.

TABLE DES MATIÈRES

Titres scientifiques . . . 3

Travaux scientifiques . . . 5

Exposé bibliographique . . . 5

Exposé analytique . . . 7

L'hystérectomie abdominale supra-vaginale dans le traitement des lésions annexielles . . . 7

L'hystérectomie abdominale dans le traitement des lésions inflammatoires des annexes de l'utérus . . . 16

Indications de l'hystérectomie abdominale pour annexites . . 21

Note sur l'hystérectomie abdominale appliquée au traitement des tumeurs solides de l'ovaire . . . 22

Kyste de l'ovaire à pédicule tordu . . . 23

Étude pathologique et clinique de l'hydrosalpinx . . . 23

Hydrosalpinx intraligamentaire unilatéral . . . 28

Coexistence d'un fibrome de l'utérus avec un cancer du col et une double salpingite suppurée . . . 28

Sur la suppuration des fibromes de l'utérus . . . 28

Ostéosarcomes du bassin . . . 29

Les lipomes du sein et de la région mammaire . . . 29

Un cas de sigmoïdite tuberculeuse . . . 34

L'évolution latente du pincement latéral de l'intestin dans les hernies étranglées . . . 35

Tuberculose du testicule gauche et hématocèle . . . 39

Fracture du col du fémur ancienne, non consolidée, avec résorption complète du col . . . 40

Fracture incomplète de l'olécrane et névrose traumatique . . . 40

Deux cas de suture de l'olécrane. Indication et technique opératoire . . . 40

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette. — 15827.